النظريات التفسيرية للتعاطي والإدمان

يشيع في ميدان التعاطي والإدمان عديد من النظريات والنماذج والمناحي المختلفة التي تسعي إلي تفسير وفهم طبيعة ظاهرة الإدمان واضطرابات الإدمان . ويميل بعض الخبراء إلي تقسيم المناحي المختلفة للنظريات والنماذج النظرية للتعاطي والإدمان إلي (1) :

المناحي الوراثية والجسمية الحيوية (البيولوچية)

genetic and biophysical approaches

المنحي الاجتماعي - الثقافي socio - cultural approach

منحي التحليل النفسي والسلوكية psychoanalytic and behavioral approach

ويميز آخرون بين النظريات التي تهتم بجوانب محددة من الاعتماد (وبخاصة ظاهرات مثل التحمل والانسحاب) ، والنظريات التي تحاول أن تقدم تفسيرا أوسع للسلوك الإدماني(1) : وفي ذلك تنقسم النظريات المعنية بتفسير التحمل والانسحاب إلي أربعة أنماط :

نظريات التغيرات الأيضية

metabolic changes

نظريات مواضع المستقبلات

recepter - site theories

نظريات العامِلَيْن في العملية ـ المقاومة

two - factor oppenent - process theories

نظريات تكيف خلايا الجسم

cellular - adaptation theories

أما النظريات الأكثر شمولية فتنقسم إلي خمسة أنماط :

نظريات التحليل النفسي

psychoanalytic theories

نظرية المرض الأيضية

metabolic - disease theory

نظرية الحافز المستثار اصطناعيا

artificially - induced - drive theory

نظرية التعلم

learning theory

نظرية العملية ـ المقاومة

opponent - process theory

ويفضل بعض الخبراء تقسيم تلك النظريات إلي فئتين كبيرتين ، ويندرج تحت كل فئة نظرياتها المعنية ، وهاتان الفئتان هما (1) : النظريات الحيوية والوراثية، والنظريات النفسية والاجتماعية الثقافية .

ومع تعدد وتباين هذه النظريات والنماذج النظرية، ومع تعقد ظاهرة الإدمان وما تنطوي عليه من عوامل ومتغيرات مختلفة سواء النفسية أو الاجتماعية أو الفسيولوچية ، فإن الاقتصار علي نظرية بعينها أو تفضيلها علي سواها إنما ينطوي علي تبسيط زائد للظاهرة أو علي تحيزات نظرية تنعكس علي أساليب فهمها وتشخيصها؛ ولهذا فمن النادر أن يوجد برنامج لعلاج التعاطي والإدمان يعول علي نظرية واحدة ويهمل ما عداها من نظريات ونماذج نظرية. فظاهرة الإدمان هي مركب من عوامل وأسباب متعددة ؛ ولذلك فإن المدخل الأمثل في فهم وتفسير وتشخيص وعلاج تلك الظاهرة هو المدخل التفاعلي؛ ذلك أن هذا الميدان هو في "مرحلة ما قبل بناء نموذج نظري " preparadigmatic period ، حيث تبدو كل الحقائق التي يمكن أن تتوفر ذات قيمة علي قدم المساواة ، وحيث يكون لكل نظرية إسهاماتها في فهم هذا التعدد من العوامل والأسباب وكذلك استعمالاتها فيما تقدمه من طرق وأساليب وإجراءات عملية (1) . وفيما يلي نعرض لأهم النظريات والتفسيرات النظرية لظاهرة التعاطي والإدمان في ضوء ثلاث فئات رئيسية : الحيوية ، والنفسية ، والاجتماعية .

التفسيرات الحيوية والوراثية

ويقصد بها تلك النظريات والتفسيرات المتصلة بكل ما يتعلق بالبدن من عوامل وعمليات وراثية وفسيولوچية وكيميائية؛ وحيث قد يغالي بعض الباحثين في تقدير أهمية العوامل والعمليات الجسمية في تفسير الإدمان إلي حد قولهم أن الشخص المدمن " قد وُلد ليكون مدمنا " ("born that way") ، وإلي حد قصر تفسير الإدمان وأسبابه علي المنظور الحيوي etiology-by-biology

التفسيرات الحيوية :

تتعدد التفسيرات التي طُرحت بشأن العوامل والآليات الجسمية التي تعتمل في الإدمان،

ومن أبرز تلك التفسيرات :

التفسير الحيوي الكيميائي Biochemical: فالإدمان يُنظر إليه علي أنه عَرَض مَرضَي لاضطراب نفسي تؤدي فيه مادتان منشطتان تحتويان علي الكولين (الكولين choline مادة منبهة تحتوي علي فيتامين وتعمل علي أداء الكبد لوظيفته وعلي منع تكدس الدهن في الكبد) ، يطلق عليهما مادة التوتر tension substance ومادة التقزز resentment substance. ويؤدي التعاطي الكحولي إلي تقليل هاتين المادتين بوضوح (2).

وقد أولي بعض العلماء اهتماما بالبحث في " الأساس الكيميائي - العصبي " neurochemical basis الذي يكمن وراء التعاطي القسري للعقاقير والمخدرات، وافترضوا في ذلك أن هذا الأساس يكمن في " نظام الإثابة للدوپامين " dopamine reward system (الدوپامين مادة في الجسم منشطة للجهاز العصبي). ولقد استخدم الباحثون الكوكايين في تنشيط آليات الدوپامين ؛ ثم استخدموا عقاقير أخري متعددة كالمنبهات مثل الأمفيتامين والنيكوتين، والمسكنات مثل الكحوليات . وفي ذلك يبدي بعض الباحثين تحفظا إزاء الأساس العصبي الفارماكولوچيneuropharmacological للإثابة التي يحصل عليها المتعاطي من خلال نظام الدوپامين dopamine system في الجسم؛ ذلك أن هذا التفسير يستند إلي افتراض ضمني بأن " إثابة تنبيه الدماغ" brain-stimulation reward هي بمثابة أساس حيوي - عصبي للدافعية ؛ وهو ما لم تقم عليه البينة العلمية الكافية (1) .

نظريات أمراض الدماغ Brain Pathology : فهذه النظريات تذهب في بعض الأحيان إلي أن هناك حالة في لحاء المخ cerbral condition تعمل كاستعداد للتعاطي والإدمان، وتذهب في أحيان أخري إلي أن إصابة الدماغ هي نتيجة للتعاطي الشديد وما يصاحبه من نقص غذائي، وهذه الحالة ترتبط بفقدان التحكم في التعاطي. والواقع أن بعض المدمنين قد تكون عندهم إصابة في الدماغ إما نتيجة للتعاطي المستمر لمادة العقار أو المخدر، أو نتيجة للجرعات الزائدة والتعاطي الكثيف ، أو نتيجة للحوادث التي تقع لهم وهم تحت تأثير العقار أو المخدر .

نظريات نقص التغذية Nutritional : وقد تباينت التفسيرات في هذا الشأن ، فبعض النظريات تنظر إلي الإدمان الكحولي مثلا علي أنه يرجع إلي نقص الثيامين في الجسم thiamine deficiency (فيتامين B1) ؛ وتذهب نظريات أخري إلي أن هذا الإدمان يكمن وراءه نمط وراثي من الخصائص الأيضية metabolic الفردية التي تؤدي إلي الحاجة المتزايدة إلي الفيتامين .

ويتبين من هذا المنحي الغذائي في تفسير التعاطي والإدمان أن الظاهرة المَرَضية المعروفة ب " زملة فرنيك - كورساكوف " ("Wernicke-Korsakoff Syndrome") هي نتيجة لنقص الثيامين بسبب التعاطي المستمر والثقيل للكحوليات، وحيث يؤدي نقص الثيامين إلي إحداث إصابة في منطقة ما حول البُطين في الدماغ brain periventricular areas

تظهر أساسا في اختلال الذاكرة عند الشخص المدمن للكحوليات .

التفسيرات الغُدِّيَة Endocrinological : وهي تبرز ما للتعاطي والإدمان من تأثيرات في النظام الغُدِّي في الجسم تؤدي إلي اختلال وظائف الغدد نتيجة لضعف نشاط القشرة الكظرية في الدماغ hypoadrenocorticism

نظريات مواضع المستقبلات لمواد العقاقير والمخدرات في الدماغ :- Receptor Sites theories : ترتبط هذه النظريات بما أحرزته البحوث من تقدم في اكتشاف " مواقع مستقبلات مشتقات الأفيون الطبيعي" ("Opiate receptor sites") في الجهاز العصبي وما يحدث نتيجة لذلك من تغيرات كيميائية فيه ؛ كما ترتبط باكتشاف تحديد كيميائيات الدماغ brain chemicals التي تعتمل فيه بشكل طبيعي وهي: الإندورفين والإنكيفالين endorphins, enkephalines. وقد وُجد أن الأفيونيات الطبيعية opiates تؤدي إلي إيقاف أو إبطال تواتر سريان الناقلات العصبية neuro - transmitters التي يحكمها الإنكيفالين بشكل عادي ، وأن هناك استجابة تعويضية تقوم بها الإنزيمات في الدماغ لهذه المواد من مشتقات الأفيون، بحيث تحتاج إلي كميات متزايدة من الأفيونيات لإحداث تأثيرها العامل في الجهاز العصبي. وحينما تُسحب الأفيونيات، أي في حالة توقف تعاطيها، فإن الإنكيفالين يكون غير قادر علي استثارة المستقبلات العصبية التي اعتادت علي التحمل (الإطاقة) لهذه المواد المخدرة. وتقدم نتائج هذه الاكتشافات أساسا فسيولوچيا حقيقيا لتفسير آليات التحمل (الإطاقة أو الاعتياد) والانسحاب . وينتظر البحث العلمي المزيد من النتائج في هذا الميدان (1) .

نموذج المرض في تفسير الإدمان Disease Model of Addiction : يتحدد هذا النموذج إبتداء بما أقرته "منظمة الصحة العالمية" (WHO) في عام 1952 و "الرابطة الطبية الأمريكية" في عام 1956 من إطار تشخيصي لإدمان الكحوليات كمرض ، ومن أن تعاطي العقاقير والمخدرات هو حالة من الاضطراب تصيب الأشخاص المتعاطين وتؤدي إلي الإدمان الفسيولوچي، أي إلي تغير في فسيولوچيا الجسم نتيجة لسوء استخدام العقاقير والمخدرات وكما يتضح في زملات التحمل والانسحاب. وتنشأ مع التعاطي حاجات متنامية إلي زيادة كميات التعاطي وجرعاته ، الأمر الذي يجعل المتعاطي يدخل في دائرة مفرغة من عملية المرض؛ فمع التعاطي المتزايد ، تتزايد كذلك كميات العقار أو المخدر بشكل متوال لإشباع تلك الحاجات الفسيولوچية لمادة التعاطي . وحينما يتوقف التعاطي أو يقل ، فإن مادة التعاطي التي اعتادتها فسيولوچيا الجسم تكون قد وصلت في هذه الحالة إلي مستوي أقل من مستوي التحمل (الإطاقة) الذي يكون قد وصل إليه الشخص نتيجة للجرعات المتزايدة من مادة العقار أو المخدر، وفي هذه الحالة تنشأ أعراض الانسحاب ، وما يعتمل في الانسحاب من تلك الحالة المعروفة ب " التوق الفسيولوچي" physiological craving إلي استمرار التعاطي.وهكذا، فإن نموذج المرض في تفسير الإدمان يبرز أن أنماطا معينة من الاشخاص المتعاطين للعقاقير والمخدرات يمكن تصنيفهم علي أنهم مرضي ويعانون من مرض متنام يمكن تقسيمه إلي مراحل متطورة (1) .

التفسيرات المستمدة من التقدم في التكنولوچيا الطبية الحيوية Biomedical Technology : لقد نتج عن التقدم الحديث في التكنولوچيات الطبية ومع تزايد الاهتمام بمشكلات تعاطي العقاقير والمخدرات ، توجيه وتنشيط البحوث إلي الكشف عن الكثير من الآليات الجسمية المرتبطة بالإدمان وتأثيراته الفسيولوچية؛ ويأتي في مقدمة نتائج هذه البحوث : التفاعل بين التعاطي والنظام الغُدِّي؛ وتأثيرات التعاطي علي الجهاز القلبي الوعائي cardiovascular system ، وجهاز المناعة immune system والجهاز العصبي المركزي CNS ؛ ومرض الكبد الكحولي alcoholic liver disease ؛ وازدراع الكبد ؛ وتطبيقات البيولوچيا الجزيئية molecular biology في بحوث عوامل وتأثيرات الإدمان (2) .

التفسيرات الوراثية :

توجه الاهتمام في العقدين الأخيرين خاصة إلي البحث في المعطيات الوراثية genetic endowment الكامنة وراء الإدمان، وكذلك إلي البحث عن العلامات الحيوية (البيولوچية) الواسمة biological markers كدلائل علي الاستعداد الوراثي للتعاطي والإدمان. فلقد تبين من أدبيات البحث في الإدمان الكحولي ، علي سبيل المثال ، أن الشخص ذي التاريخ العائلي السابق family history للإدمان الكحولي من المحتمل أن ينمو عنده الإدمان بمعدل أربع مرات أكثر من الشخص الذي لا يتصف بهذا التاريخ السابق، رغم أن البيانات المتوفرة في هذا الشأن قد تكون عرضة لسوء التفسير. أما البحث عن العلامات الحيوية الواسمة فينطوي علي تضمينات عملية أكثر من البحث عن المعطيات الوراثية؛ ذلك أنه إذا تمكن العلماء من تعرف الأشخاص الذين لديهم استعداد كامن لإدمان الكحوليات مثلا وذلك عن طريق تعرف العلامات الحيوية الكيميائية الواسمة، فإن عمليات وإجراءات التدخل الوقائي الأولي تكون أيسر وأكثر فاعلية (1).

إن " نموذج الاستعداد الوراثي "Genetic Predisposition Model يفترض وجود استعداد وراثي ومنقول داخل الأسرة ليصبح الفرد هكذا مدمنا بالوراثة (2) . وفي إطار هذا النموذج توفرت بحوث عديدة عن المعطيات الوراثية للإدمان، وبخاصة البحوث التي أجريت علي التوائم ، وعلى الأبناء بالتبني، إضافة إلي بحوث أخري اهتمت بالتجريب علي الحيوان وما تنطوي عليه من مؤشرات للعوامل الوراثية في الإدمان (1) :

دراسات التوائم Twin Studies : وتتمثل في الدراسات التي أجريت علي التوائم المتحدة identical twins (التوائم الأحادية أو وحيدة اللاقحة monozygotic twins) التي تربت بعيدا عن بعضها، والدراسات التي قارنت بين التوائم المتحدة والتوائم الأخوية (التوائم الثنائية أو مزدوجة اللاقحة dizygotic twins) من حيث نمو الإدمان وبخاصة الإدمان الكحولي ؛ وقد توصلت هذه الدراسات إلي نتائج متباينة . فبينما توصلت دراسة "كاييچ" (2) إلي أن التوائم المتحدة أكثر من التوائم الأخوية من حيث نمو الإدمان الكحولي وشدته ، وحيث كانت الفروق دالة إحصائيا ، إلا أن دراستين أخريين : "پارتانين

وآخران" (3) و"موراي وآخران " (4) لم تتوصلا إلي وجود فروق دالة بين التوائم المتحدة والأخوية ؛ في حين تتوصل دراسة "هروبيك وأومين" (1) إلي وجود عامل وراثي عند التوائم المتحدة أكثر من التوائم الأخوية في نمو الإدمان الكحولي، يفسره وجود تطابق بين التوائم المتحدة سواء من حيث معدلات تليف الكبد الكحولي alcohol cirrhosis أو من حيث أعراض الذهان وذلك بدرجة أكبر منه بين التوائم الأخوية . ومع هذا التباين في نتائج دراسات التوائم يصعب الخروج بنتيجة عامة عن الحتمية الوراثية للإدمان.

دراسات التبني Adoption Studies : لقد شهدت السبعينيات نتائج مستمدة من ثلاث دراسات للتبني أجريت منفصلة بواسطة باحثين مختلفين في كل من الدانمرك والسويد والولايات المتحدة الأمريكية ؛ وتقدم هذه النتائج دلائل تؤيد وجود " استعداد وراثي " نحو إدمان الكحوليات، علي الأقل بين الذكور . فقد كان أبناء الآباء المدمنين للكحوليات أكثر احتمالا أن يصيروا مدمنين من أبناء الآباء غير المدمنين، سواء نشأ هؤلاء الأبناء ، مع آبائهم البيولوچيين (الآباء بالولادة) أو مع آباء بالتبني غير مدمنين .ولقد كانت هذه النتائج واضحة في الدراسة الدانمركية بالنسبة للأبناء المتبنين من الذكور (1)؛ ولكن حينما أجريت علي نساء متبنيات ، أعطت الدراسة نتائج متناقضة (2) . وقد أظهرت الدراسة السويدية معدلات منخفضة من الإدمان الكحولي بين فتيات متبنيات من أبناء آباء مدمنين ، ومع ذلك فقد أظهر المزيد من تحليل البيانات وجود تطابق بين الإدمان الكحولي لدي الأمهات البيولوچيات والإدمان الكحولي لدي الفتيات المتبنيَّات (3). والواقع أن هذه الدراسات تثير عدة تساؤلات تتعلق باختلاف الطرق المستخدمة (مقابلات مباشرة، أو سجلات الإيداع بالمستشفيات أو المصحات، أو حالات إلقاء القبض علي المدمنين)، وباختلاف مفهوم " الإدمان الكحولي" alcoholism بين هذه الدراسات، وبمشكلة تفسير إمكانية التناقل الوراثي genetic transmissibility للإدمان الكحولي من الوالدين إلي الأبناء .
أما في الولايات المتحدة الأمريكية فقد تبين وجود معدلات أعلي من اضطرابات المسلك conduct disorders عند الأطفال الذكور المتبنيين من أبناء المدمنين للكحوليات (1) .ومن الواضح أنه توجد علاقة وثيقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية في الطفولة والتاريخ العائلي المرضي، سواء من منظور التفسير الوراثي أو البيئي.

دراسات العلامات الواسمة الوراثية Genetic Marker Studies : يسعي هذا النوع من الدراسات إلي تبين العلاقة بين سمة حيوية معروفة علي أنها سمة موروثة وبين الإدمان الكحولي؛ وتشمل هذه السمات الحيوية فئات الدم والبروتينات المصلية serum proteins وعمي الألوان .ففي دراستين هامتين في هذا المنحي من الدراسات، بحث " شوكيت" تأثير الكحوليات على أبناء المدمنين للكحوليات مقارنة بمجموعة ضابطة من أبناء آباء غير مدمنين للكحوليات. وقد تبين من النتائج أن أبناء المدمنين يظهرون ردود فعل شديدة أقل إزاء الكحوليات كما تقاس بمقاييس التقرير الذاتي، كما يظهرون دلائل للترنح الجسمي، وتغيرات في هرمونات عديدة بعد تعاطي الكحوليات، وشدة مثابرة التغيرات المتعلقة بمادة الإيثانول ethanol (الكحول الإثيلي) وفقا لمقاييس فسيولوچية كهربية. ورغم أنه لا توجد

فروق دالة بين المجموعتين من حيث معدل امتصاص مادةالكحوليات (أي اختفاء تلك المادة) ، إلا أنه توجد فروق دالة بينهما في مستويات امتصاص مادة الأسيتال (سائل طيار عديم اللون) acetaldehyde ، الأمر الذي يفترض وجود فروق محتملة بينهما في طريقة المعالجة الأيضية لمادة الإيثانولethanol metabolism ؛ وذلك ما يكشف عن استعدادات وراثية كامنة ومتباينة وفقا للتاريخ العائلي السابق - وتلك نتائج جعلت "شوكيت " يصف الإدمان الكحولي علي أنه " اضطراب متأثر بالوراثة " (1) .

وهناك خط آخر من البحوث يركز علي قياس النشاط الكهربي في الدماغ فيما يعرف ب "الجهد الكامن المتعلق بالحدثERP (Event - related potential) للاستجابة الكهربية النوعية للدماغ للمثيرات الحسية الخارجية . ففي دراسة "بجليتر وبورچيز " ، قارنا بين عينة من 25 مفحوصا من أبناء آباء مدمنين للكحوليات وعينة مماثلة لها من حيث السن والدراسة والمستوي الاجتماعي الاقتصادي ولكن لايوجد عند هذه العينة الضابطة تاريخ عائلي سابق للإدمان، وذلك من حيث استجابات " الجهد الكامن المتعلق بالحدث" ERP وقد آظهرت النتائج أن أبناء الآباء المدمنين يبدون سعة منخفضة reduced amplitude لبعض مكونات الجهد الكامن المتعلق بالحدث " (1) .

إن كلا من دراسات ردود الفعل للكحوليات والجهد الكامن المتعلق بالحدث يسعي إلي البحث عن العلاقة البيولوچية الواسمة التي يمكن أن تمثل مُنْبئات عن من هم الأشخاص الأكثر استهدافا والأقل استهدافا في المستقبل لنمو الإدمان الكحولي عندهم. وربما يتفق الباحثون في هذا الشأن علي أن الاستهداف لإدمان المخدرات قد يعزي إلي اختلال أيضي metabolic deficiency غير محدد ؛ فعلي سبيل المثال ، قد لوحظ أن الأشخاص ممن عندهم هذا الاستهداف البيولوچي غير المحدد يستجيبون للهيروين بحالة من الانشراح euphoria بدلا من الآثار الجانبية المؤلمة المتوقعة من تعاطي الهيروين؛ ولذلك فإن تقديم الميثادون لبعض المرضي قد يعمل علي تصحيح الاختلال الأيضي عندهم .

التفسيرات النفسية

كشف الباحثون في العوامل والعمليات البيولوچية والوراثية للإدمان عن نتائج ذات قيمة ولاشك في تفسير ظاهرة الإدمان في بعض جوانبها، إلا أن بعضا من هؤلاء الباحثين أنفسهم يحذرون من التبسيط الزائد في تفسير القابلية لوراثة inheritability الإدمان ويؤكدون الآتي:

" لقد أصبح من الواضح بشكل متزايد أن نمو الإدمان ليس من المحتمل أن يكون نتيجة لعامل واحد بيولوچي أو سلوكي. فمرض الإدمان يعكس في الحقيقة التفاعلات المركبة

للعوامل الاستعدادية البيولوچية والسلوكية في ارتباطها مع العوامل الاستعدادية البيئية" (1) .

ونتناول هنا النظريات التي تنشد تفسير ظاهرة الإدمان من منظور سمات وديناميات الشخصية، والنظرية السلوكية، والنظريات النفسية الاجتماعية ، والنظريات الاجتماعية الثقافية (1) :

نظريات الشخصية :

إن تفسير الإدمان من منظور الشخصية كان له تأثير عميق علي النظرة الكلينيكية للعقاقير والمخدرات ولظاهرة الإدمان. ومن هذا المنظور طُرح " نموذج اضطراب الشخصية " personality disorder model كإطار تفسيري لإدمان العقاقير والمخدرات ، ويتضح هذا المنحي في " الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني DSM-II ؛ وهو منحي يعكس فكر مدرسة التحليل النفسي عن " عصاب الخلق" character neurosis : فالأشخاص الذين يصيروا مدمنين لديهم استعداد للإدمان بسبب خصائص شخصيتهم؛ ويعتبر الإدمان ذاته عَرَض من أعراض هذه المشكلة الكامنة (2).

وقد شاع في تفسير الإدمان وَسْم لشخصية المدمن بالظاهرة ذاتها فيما يعرف ب " الشخصية الإدمانية " addictive personality؛ وهو مفهوم قد أثار جدلا سواء عند الاختصاصيين أو غير الاختصاصيين ، ذلك أنه لا يوجد نمط فريد للشخصية يسبق الإدمان أو سوء استخدام العقاقير والمخدرات؛ فالمدمنون مجموعات غير متجانسة من الأشخاص الذين يختلفون من حيث النوع والعمر والطبقة الاجتماعية والإثنية والعقاقير المستخدمة وأساليب التعاطي والأعراض النفسية المرضية المصاحبة وهكذا ، ناهينا عن التباين الشاسع في الاتجاهات المجتمعية والقانونية نحو المجموعات المختلفة من المتعاطين ونحو العقاقير المختلفة والأساليب المختلفة للتعاطي. ولهذا فإنه في مقابل " الشخصية الإدمانية " الفريدة والكلية يُطرح مفهوم عن بعض " السمات السلوكية الاستعدادية "predisposing behavior traits ؛وهذه السمات قد تكون كامنة في عديد من الشخصيات . ومن هذه السمات السلوكية التي وُجد أنها ترتبط بنمو سوء استخدام العقاقير والمخدرات :

. صعوبات في التحكم في الاندفاعات (السلوك الاندفاعي)

. صعوبات في مواجهة الضغوط ، بما فيها من مشكلات تحمل الإحباط .

. أنماط سلبية ـ اعتمادية للسلوك.

. التمركز حول الذات مع أنماط سلوكية أنانية ذاتية (مثل كثرة المطالب) والاستحواذية.

. سلوك مضاد للمجتمع (1) .

ويبرز في تضمين متغير الشخصية كمفهوم تفسيري للإدمان ثلاثة نماذج نظرية كما يلي (1) :

أ - نموذج التحليل النفسي Psychoanalytic Model : لقد خضع تفسير التحليل النفسي لسوء استخدام العقاقير والمخدرات وللإدمان للتعديل علي يد الكثير من المنظرين في التحليل النفسي، ولكن محور هذا التفسير يظل كما قرره " أوتو فينكل Fenichel 1945 من أن أسباب التحول إلي تعاطي الكحوليات قد تكون إما وجود إحباط خارجي external frustration أو كف داخلي internal inhibition ، وتلك حالات لا يجرؤ الفرد معها أن يواجه الأنا العليا بدون تلك المساعدة المصطنعة artificial help (وهي التعاطي).ويصف "فينكل" وغيره من علماء التحليل النفسي الإدمان الكحولي علي أنه " عصاب إندفاعي" impulse neurosis ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلي نشوء إحباطات فمية oral frustrations في الطفولة. ولذا فإن الشخص الذي يصير مدمنا هو في أساسه التكويني شخص يوسم بالنرجسية (عشق الذات اللاشعوري) والمطالبية (كثرة المطالب)؛ وحيث يكون التعاطي بالنسبة للشخص المدمن وظيفيا يحقق من خلاله أدوارا متعددة : فالتعاطي يعمل بمثابة مُسَكِّتة (مصاصة) للإحباط والغضب ، ووسيط نشط للتنفيس من خلاله عن حفزاته العدائية الكامنة نحو والديه وأصدقائه، وكوسيلة للتخلص من احتقار الذات الماسوشي، وإشباع رمزي للحاجة إلي الحب والعطف - وتلك كلها أعراض وظيفية تتناسج مع بعضها في الدائرة المفرغة العصابية (1) .

ب - نموذج الإعتمادية Dependency : يعزي هذا المنظور إلي فريق من الباحثين في علم الاجتماع عن أصول الإدمان الكحولي، وحيث وجدوا من خلال تتبعهم لعينة من الراشدين الذكور في مشروع بحث علمي ، أن الإدمان الكحولي كان مسبوقا بحالة من "صراع الاعتماد" dependency conflict في مرحلة مبكرة من الحياة. وهذا الصراع والتشوش يكونا إزاء دور الأم وقد يخلقا شعورا بالضغط ، وحاجة شديدة إلي العطف والحب، وغشاوة في صورة الذات؛ وهو ما يؤول بدوره إلي القلق الذي يمثل أساس نمو الإدمان الكحولي (2) .

وقد تأيد " فرض صراع - الاعتماد " من تحليل بيانات مستمدة من دراسات عبر ثقافية علي 53مجتمعا، وحيث يتبين أنه توجد علاقة بين أساليب تنشئة وتدريب الأطفال في مجتمعات مختلفة وبين أساليب تعاطي الكحوليات في تلك المجتمعات ، وأن معدل التعاطي يرتبط بالعادات والتقاليد المجتمعية التي لا تشجع السلوك الاعتمادي في الطفولة والرشد والتي تؤكد علي متطلبات الإنجاز (1).

ح - نموذج الحاجة إلي القوة Need-for-Power Model : يميز هذا النموذج بين " القوة الشخصية التي يستشعرها الفرد في ذاته " personalized power وبين " القوة الاجتماعية " social power ، حيث يؤدي الإخفاق في تحقيق القوة الاجتماعية إلي خلق حالة تشبه القلق الذي يدفع الفرد إلي التعاطي لتحقيق إحساس بدائي مُشْبَع نرجسيا بالقوة الشخصية .

والواقع أن منحي الشخصية في تفسير الإدمان توفرت فيه بيانات مستمدة من بحوث عديدة

تكشف عن الكثير من المدمنين ومن الخاضعين للعلاج ممن يبدون دلائل واضحة من الاضطرابات النفسية التي تشكل صحيفة نفسية ("بروفيل") متميزة عن "الشخصية غير السوية " (2): فقد قارن "جوسوپ وأيزنك" بين مجموعة تتكون من أكثر من 2.. شخص من المدمنين من ثلاثة مراكز علاجية بلندن ومجموعة ضابطة من العاديين . وقد اختلف المدمنون عن العاديين علي كل مقياس من المقاييس الأربعة من "اختبار أيزنك للشخصية " Eysenck Personality Questionnaire ، ولكن أكثر تأثيرات الإدمان وضوحا قد تمثلت في الدرجات العالية بشكل زائد علي مقياس العصابية حيث يبدي المدمنون اضطرابا شديدا في المشكلات الإنفعالية وبخاصة في القلق والمشاعر الاكتئابية (1) . وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه "بارنز" من مسح لأدبيات البحث في "الشخصية الكحولية" alcoholic personality يتضح معه أن المستويات العالية من العصابية كانت نمطا سائدا بين المدمنين (2). وتكشف دراسات أخري عن أن العينات الكلينيكية للمدمنين والكحوليين كانت درجاتهاعالية علي مقاييس العداوة والانحراف السيكوپاتي وفقا لمقياس "مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية" MMPI، والصرامة أوالعقلية الجامدة tough-mindedness وفقا لمقاييس أيزنك للشخصية(1).

ورغم ما يتوفر من بينة بحثية عن وجود بعض خصال الشخصية التي تتلازم مع المدمنين موضع البحث، إلا أنه من الصعب الزعم بوجود نموذج واحد للشخصية الإدمانية بقدر ما يوجد من عدم تجانس واضح بين فئات المدمنين، ناهينا عن أن الوسم الذي قد يشيع عن وجود " شخصية إدمانية " أو "شخصية كحولية" أو "شخصية مرضية" قد لا يفيد من المنظور العلاجي.

النظريات السلوكية Behavioral Theories :

تقدم السلوكية أربعة نماذج لتفسير التعاطي والإدمان وهي (2) :

أ - نموذج فرض خفض التوتر Tension-Reduction Hypothesis : يتضمن هذا النموذج عدة مفاهيم وهي : التوتر (حالة حافزة عالية ، وحالة مؤلمة)، والقلق، والتعزيز. فالتعاطي للكحوليات يصبح هو "المعزز" لأنه يؤدي إلي خفض التوتر . والواقع أن الافتراض بأن تعاطي الكحوليات يختزل التوتر قد اختلفت بشأنه نتائج البحوث التجريبية وفقا لنوع وطول مدة الضغوط التي يفترض أنها أساس التوتر، ولمقدار الكحوليات المتعاطاة، وللفروق الفردية في الاستهداف للضغوط. ففي بعض التجارب تبين أنه إذا أُعطي للمفحوصين كحوليات في حالة ما "يتوقعون" وقوع حدث ضاغط، فإن تأثير الكحوليات يكون هو استدعاء التوتر وكذلك خفض التوتر. وقد تبين أيضا وجود فروق فردية بين المفحوصين من حيث الاستهداف للإدمان الكحولي والحساسية للكحوليات تحت ظروف الضغط والشدة .

كذلك يزعم " فرض خفض - التوتر" أن المتعاطين للكحوليات إنما يتعاطونها بسبب خواصها من حيث تخفيف التوتر. ولكن نتائج البحوث بشأن هذا الافتراض غير واضحة ؛

فقد يقرر البعض أنهم يتعاطونها للتخلص من الشعور بالضيق والألم، وقد يقرر البعض الآخر أسبابا إيجابية من وجهة نظرهم وهي الاحتفال والاجتماعية وتحقيق اللذة. ولذا تبقي مشكلة البحث في الفروق بين الجنسين والفروق العمرية والإثنية في هذا الشأن قائمة .

ب - نموذج التوقع Expectancy Model(النموذج المعرفي): تعتمد هذه الفئة من نماذج النظريات السلوكية في تفسير الإدمان علي العوامل المعرفية؛ وعلي توقع وجود علاقة منظمة يمكن التنبؤ بها بين حدث أو شيء وبين النتيجة أو العائد منه؛ وتعد توقعات العائد أو النتيجة هي اعتقاد الشخص بأن تعاطي العقار أو المخدر سوف يترتب عليه عائد مرغوب أو نتيجة مرجوة. وفي ذلك قد تكون النظرة إلي الكحوليات مثلا علي أنها "أكسير سحري" ؛ وتكون التوقعات منها علي أنها تخفف التوتر، وتحدث لذة، وتزيد الجنسية، والعدوانية، والتوكيدية الاجتماعية. ومن الواضح أن هذه التوقعات يجري تعلمها ونموها في فترة مبكرة من الحياة عن طريق الأسرة وجماعات الأقران والجماعات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد . وقد تبين لذلك أنه كان من المحتمل أكثر أن الأشخاص المدمنين الذين يتوقعون أن التعاطي يمدهم بتأثيرات إيجابية مرغوبة ويزيد من التوكيدية عندهم ، سوف لا يستمرون في البرنامج العلاجي المقرر لهم ؛ ومن الواضح لذلك أنه في علاج الإدمان الكحولي مثلا ، تكون التوقعات القوية للكحوليات علي أنها معزز قوي بمثابة مُنْبئات عن عدم الاستمرار في العلاج وإنهائه في مرحلة مبكرة من العملية العلاجية وعن نواتج غير فعالة للعلاج .

ح- النظريات السلوكية - الحيوية Biobehavioral Theories: وهي النظريات التي تسعي إلي التكامل بين العلوم البيولوچية والسلوكية . يتضح ذلك مثلا في إدمان التدخين حيث يتفاعل سلوك التدخين مع تأثيرات النيكوتين في إطار حيوي سلوكي . وما يلقاه الفرد من تعزيز من مادة النيكوتين إنما يتضمن كلا من الحالات السارة وكذلك التخلص من الانسحاب(نقص النيكوتين في الدم). وقد تبين أيضا أن التعزيز الحادث من مادة الأفيون ومشتقاته يتضمن كلتا هاتين الحالتين وأنه توجد مسارات منفصلة للخلايا العصبية neuronal pathways لكل منهما .

وفي هذا المنحي يبرز علم النفس العصبي neuropsychology - وهو "نظام علمي تهجيني" hyprid discipline تتفاعل فيه العمليات المخية والسلوكية؛ ويذهب هذا المنحي في تفسير الإدمان إلي أنه توجد اضطرابات عصبية سلوكية neurobehavioral تظهر في الطفولة والمراهقة ، وتكون موروثة وتعمل لذلك كاستعداد للإدمان في الرشد. وهذه الاضطرابات تعكس وجود اختلال في وظيفة أنظمة عصبية معينة (في محور المنطقة قبل الجبهية - ومنطقة المخ الأوسط prefrontal-midbrain axis ويتضح هذا الاختلال العصبي عند الأشخاص المدمنين كنتيجة للإدمان، رغم ما يزعمه هذا المنحي من وجود استعداد وراثي لهذا الاختلال .

وثمة مدخل آخر يكشف عن "التعزيز الفارماكولوچي" pharmacological reinforcement الذي يحدث كنتيجة للتفاعل بين التأثيرات الفارماكولوچية للعقاقير

والمخدرات وبين مصادر التعزيز ؛ ولذا يُفترض أن علاج الإدمان يجمع بين " الانطفاء التجريبي" experimental extinction وإبدال المعززات المستحسنة اجتماعيا. وهكذا فإن التكامل بين المتغيرات البيولوچية والسلوكية يوفر أساسا منطقيا للجمع بين الأساليب والطرق الفارماكولوچية والسلوكية في علاج الإدمان .

د - نظريات الإشراط Conditioning Theories : يعتبر "وكلر" أول من طبق نظرية الاشراط الكلاسيكي لبافلوف لتفسير اكتساب سلوك تعاطي العقاقير والمخدرات واستمراره أو انطفائه. فقد افترض "وكلر" أن عوامل الاشتراط تلعب دورا هاما في إدمان العقاقير والمخدرات. ولذلك فقد لوحظ أن الحيوانات يزيد عندها معدل الاستجابات القائمة علي الاشراط الإجرائي حينما تتبع هذه الاستجابات بالحقن بمشتقات الأفيون أو بمنبهات الجهاز العصبي مثل الأمفيتامينات أو الكوكايين، أو بالمسكنات مثل الباربيتيورات . ويذهب "وكلر" إلي أن الأنماط السلوكية والأشياء المتعلقة بتعاطي العقاقير والمخدرات تصبح "معززات ثانوية " secondary reinforcers كنتيجة للتزاوج المتكرر مع التعزيز الأولي primary reinforcement المتعلق بتعاطي العقاقير والمخدرات . وعلي هذا النحو أيضا، فإن المنبهات المرتبطة بشكل منتظم مع أعراض الإنسحاب تكتسب خواصا اشراطية مؤلمة (1) . وقد لقيت النتائج تأييدا من بعض البحوث التجريبية (2). كما تتفق مع الملاحظات الكلينيكية علي استجابات المدمنين الذين يصفون حالة "التوق " أو "اللهفة" إلي العقاقير والمخدرات حينما يزورون أماكن ترتبط ببيع أو بتعاطي العقاقير والمخدرات . ويذهب "وكلر" إلي أن الاشراط الحادث "للاستجابات الشرطية الضِدِّية (المناوئة) للعقار " drug antagonistic conditioned responses يفسرحالات التحمل (الاطاقة) للعقار drug tolerance والاعتماد علي العقار drug dependence، كما يذهب إلي أن المعدلات العالية للانتكاسة في العلاج عند المدمنين قد تعزي إلي الانطفاء غير المكتمل لكل من المعززات الثانوية الموجبة والسالبة .

وثمة خط آخر لبحوث الاشراط يرتبط بالبحوث التجريبية ل "سيجل"، قد آل إلي تفسير التحمل (الإطاقة) علي أساس ما يعرف بنظرية "العملية - المقاومة" opponent-processإذ يفترض وفقا لنموذج پافلوف ، أن الاستجابات الشرطية لعقاقير مختلفة (تتضمن مشتقات الأفيون والكحوليات) تكون معارضة أو مقاومة للتأثيرات غير الشرطية؛ ومن هنا فإنه حينما تقدم المنبهات أو الدلائل العادية لتعاطي العقار بدون العقار، فإنه يكون هناك تنشيط للاستجابات الشرطية التعويضية. ومع التزايد التدريجي في قوة الاستجابات الشرطية، يتناقص التأثير غير الشرطي للعقار (أي تنشأ حالة التحمل). ولذلك فإن نشوء التحمل يتوقف علي الخبرات السابقة في بيئة تعاطي العقار وكذلك علي العقار. ويعتبر نشوء التحمل هكذا أشبه بعمليات التعلم؛ فكلاهما يحتفظ بها لفترات طويلة من الوقت؛ كما أن كلاهما عرضة للإبطال أو التعطل عن طريق الصدمات بالتخليج الكهربي electroconvulsive shock ، واستثارة المنطقة الجبهية من لحاء المخ frontal cortical stimulation ، والمُثْبطات الأيضية metabolic inhibitors .

ويلاحظ في هاتين النظريتين القائمتين علي استخدام مفهوم وتجارب الاشراط في تفسير الإدمان، أن نظرية "وكلر" تفترض أن الاستجابة الشرطية تكون مماثلة للتأثير الملاحظ للعقار، وأن نظرية "سيجل" تفترض أن الاستجابة الشرطية تكون معارضة أو مناقضة لتأثير العقار. ولهذا يفترض "إيكيلبوم وستيوارت" أن العقار ينبغي اعتباره مثير غير شرطي فقط حينما يعمل في اتفاق مع نظام الأعصاب الناقلة أو الموردة afferent system بالجهاز العصبي المركزي ، وأن تأثيرات العقار التي هي عبارة عن ردود فعل فسيولوچية توسيطية من خلال الجهاز العصبي المركزي CNS - mediated physiological reactions هي التي ينبغي تحديدها علي أنها الاستجابات غير الشرطية . (1)

هـ - نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory: وهي تنتمي إلي النظرية السلوكية الحديثة خلافا للسلوكية الكلاسيكية القائمة علي الاشراط الكلاسيكي والإجرائي؛ فتؤكد نظرية التعلم الاجتماعي أهمية العمليات الرمزية وعمليات المحاكاة والتنظيم الذاتي في السلوك الإنساني، وعلي المعرفة التي تؤدي دورا رئيسيا في التعلم الإنساني؛ وتقدم هذه النظرية لذلك تفسيرا لسلوكيات التعاطي والإدمان من منظور نفسي - اجتماعي .

والواقع أن نظرية التعلم الاجتماعي قد اتسعت لتحتوي أيضا جوانب من البحث في إطار نسقها النظري، مثل "فرض خفض التوتر" ومفهوم "التوقع" والوراثة السلوكية behavior genetics وكذلك بعض مفاهيم الطب السلوكي. أما توسيع نظرية التعلم وتطبيقها في علاج الاضطرابات الكلينيكية ، فيعزي الفضل فيه إلي أعمال "باندورا" (1).

لقد لقيت نظرية التعلم الاجتماعي قبولا واسعا لأنها قدمت تفسيرات ذات جدوي عن الأسباب التي تجعل بعض الناس يبدأون في التعاطي ولماذا يستمرون في التعاطي؛ فالتعاطي والإدمان أنماط سلوكية متعلمة يكتسبها الفرد في سياق تفاعلاته مع الوسط المحيط به. وتعزي بداية التعاطي ، وفقا لهذه النظرية، إلي عدة أسباب (2) :

* أن التأثيرات المباشرة لتعاطي العقار أو المخدر قد تحدث عند الفرد شعورا باللذة تعزيز موجب positive reinforcement

* اعتقاد الفرد بأن التعاطي له فائدة تتفق مع معايير الشخصية توسيط معرفيcognitive mediation

* أن الفرد قد يتعلم التعاطي من خلال ملاحظته للآخرين وتقليدهم النمذجة modeling

ويذهب بعض العلماء من أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي إلي تفسير سوء استخدام العقاقيروالمخدرات علي أن التعاطي الزائد أو الكثيف قد يعمل بمثابة "استجابة مواجهة" coping response فالكحوليات ، مثلا ، تعمل كمثبطات، إلا أن تأثيرها غالبا ما يفسره المدمنون لها علي أنها ترفع من قدرتهم علي المواجهة ؛ وهذه الاستجابة من شأنها أن

تعطيهم إحساسا بالقوة، وكذلك شعورا بالتخلص من المسئولية، أو بتخفيف الأعباء والضغوط عليهم. ولهذا فإن الأشخاص المتعاطين والمدمنين سوف يستمرون في التعاطي ما داموا يدركون مواد العقار والمخدرات بصفتها مصدرا لتأثيرات مرغوبة (1) .

والواقع أن النمذجة modeling (أو قد تعرف أيضا بالتعلم عن طريق الملاحظة observational learning أو التعلم بالمحاكاة vicarious learning) تقدم تفسيرا هاما لسوء استخدام العقاقير والمخدرات . فقد تبين من بعض البحوث التجريبية أن الشباب الجامعي الذين يتعاطون الكحوليات بشكل كثيف (التعاطي الاجتماعي) حينما يجري تعريضهم لملاحظة موقف بلا نموذج للتعاطي أو موقف من التعاطي الخفيف، إنما يتعاطون بدرجة أقل من الأشخاص الذين جري تعريضهم لملاحظة نموذج من التعاطي الكثيف وبالتالي أدي إلي تعاطيهم بشدة؛ كما تبين أن الأشخاص الذين يتعاطون بدرجة خفيفة إنما يزيدون من كثافة تعاطيهم بعد ملاحظتهم لنموذج من التعاطي الكثيف. وفي كل ذلك أيضا تؤدي المعايير الشخصية دورا في "تشكيل" سلوكيات التعاطي والإدمان(1) .

كذلك أفاد الباحثون من نموذج التعلم الاجتماعي في تفسير سوء استخدام العقاقير والمخدرات علي أساس مبادئ "التعزيز السالب" negative reinforcement. فالكثير من المدمنين قد تعلموا أنهم يستطيعون تجنب أو خفض الآثار المؤلمة لأعراض الانسحاب عن طريق الاحتفاظ بنسبة تركيز الكحوليات في الدم بمستوي معين. وكلما أخذ هذا المستوي في الانخفاض ، فإن المدمن يشعر بعدم الارتياح من أعراض الانسحاب (الناتج عن خفض أو وقف التعاطي). وهذه الأعراض يمكن تجنبها عن طريق تعاطي مزيد من الكحوليات؛ ولهذا فإن التعزيز السالب يزيد من احتمالية استمرار التعاطي الكثيف.

والواقع أن نظرية التعلم الاجتماعي ليست نظرية تفسيرية لسلوك التعاطي وللسلوك الإدماني فحسب، ولكنها أيضا نظرية ذات آفاق تطبيقية عملية في علاج الإدمان وفي توفير أساليب وطرق فعالة، إرشادية وعلاجية وتأهيلية؛ فكما أن سلوكيات التعاطي والإدمان هي سلوكيات متعلمة، فإن العلاج هنا يكون عن طريق أساليب وطرق لمحو التعلم unlearning وإعادة التعلم relearning فيما يستثمر وظيفيا مبادئ التعلم في هذا الشأن مثل التعزيز والتعميم والانطفاء والكف والنمذجة والتشكيل وغير ذلك من المفاهيم المتجسدة في فنيات الإرشاد السلوكي والعلاج السلوكي (تعديل السلوك)والطب السلوكي لمواجهة مرض الإدمان .

التفسيرات الاجتماعية والثقافية

تركز التفسيرات الاجتماعية والثقافية للتعاطي والإدمان علي الأسرة والأقران والبيئة الاجتماعية والثقافية :

أ - النموذج الأسري Family Model : يمكن تمييز النموذج الأسري في تفسير الإدمان وفقا لمنحيين وهما : المنحي التفاعلي ومنحي النسق النمائي :

1 - منحي التفاعل الأسري Family Interaction : يستند هذا المنحي إلي عمليات وأساليب التفاعل بين الوالدين والأبناء ؛ ولذا فإنه يفسر الإدمان بأنه يرتبط باضطراب نظام العلاقات في الأسرة، وبعلاقة الوالدين بالأبناء، وبوجود اختلالات في عملية الوالدية، وبالآثار الوالدية علي الأبناء كما تتمثل في غياب الوالدين أو أحدهما وبخاصة الأب ، والتوتر في المناخ الأسري، والنبذ والاهمال، والتباعد الانفعالي، ونقص أو اختلال استجابية الوالدين للأبناء .

ويتمثل العامل الأساسي في اضطراب البيئة الأسرية في اضطراب عملية الوالدية وما يعتمل فيها من أساليب وممارسات خاطئة أو شاذة في تنشئة ورعاية الأبناء وفي تلبية حاجاتهم؛ وهو ما يحدث كنتيجة للإدمان الكحولي الوالدي parental alcoholism مثلا.والملاحظ في هذا الشأن أيضا أن الإدمان كثيرا ما يرتبط بالتصدع الأسري، وهو ما يرتبط بدوره أيضا بوجود البيئة المهيئة لنشوء الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية كالجناح والسلوك المضاد للمجتمع والإدمان (1) .

2 - منحي النسق النمائي Developmental System Approach: يتميز منحي النسق النمائي بالنظر إلي الأسرة كمنظومة كلية، أي باعتبارها "جشطالت" فيكون الكل فيها أكبر من مجموع أجزائها، وكتنظيم متوازن يعتمل فيه نظام العلاقات بين الزوجين وحدود الصراع في الأسرة، وكذلك كدورة حياة تنمو الأسرة في نسقها من مرحلة نمائية إلي أخري. ولهذا يعتبر الإدمان وفق هذا المنحي بمثابة "مرض الأسرة" family disease أو اضطراب أسري في الأساس (1) .

ب - تأثير مجتمع الأقران Peer Society : يرتبط التعاطي والإدمان ارتباطا كبيرا بتأثير جماعات الأقران التي يتفاعل الفرد معها وخاصة في مرحلة الشباب، فيما يعرف ب " مجتمع الأقران" و"ثقافة الأقران"؛ ففي هذه الجماعات الاجتماعية يندمج الفرد في أسلوب حياتها ويتوحد معها؛ فعلي سبيل المثال قد يكون تعاطي الخمور في مثل هذه الجماعات نوعا من "التعاطي (الشرب) الاجتماعي" Social Drinking وفي هذا يبرز

" نموذج تجمعات الأقران" ،peer - cluster model ،وذلك منحي يربط تعاطي العقاقير بوجود تجمعات صغيرة من الأشخاص مثل الأصدقاء الذين تتفق معتقداتهم واتجاهاتهم وقيمهم وتبريرهم لتعاطي العقاقير والمخدرات. وقد يفسر ذلك بأن تعاطي العقاقير والمخدرات قد يؤدي دورا هاما في عضوية الجماعة وفي التوحد مع الجماعة. وغالباما يرتبط " نموذج تجمعات الأقران" بمنحي آخر وهو " نموذج البوابة " gateway model حيث يتطور في نسق هذه التجمعات الاجتماعية تعاطي الفرد للعقاقير والمخدرات المختلفة، فينتقل الفرد من عقار أو مخدر إلي آخر في نظام متصاعد من شدة وكثافة التعاطي والإدمان ؛ وتلك هي البوابة إلي هاوية الإدمان (1) .

ح - البيئة الاجتماعية : يركز النموذج الاجتماعي الثقافي علي عوامل خارج الفرد في تفسير التعاطي والإدمان. فالبيئة ينبغي اعتبارها عاملا مُسهَما أساسيا في التعاطي والإدمان، وتشمل البيئة في هذا الشأن متغيرات عديدة مثل المتغيرات السكانية والإثنية، والعمرية والمستوي الاجتماعي الاقتصادي، والعمل أو المهنة، والمستوي التعليمي، والمعايير الاجتماعية، والقيم الدينية ونظم المعتقدات والتقاليد وغير ذلك من المتغيرات التي تعتبر محددات محتملة للتعاطي والإدمان . فعلي سبيل المثال، بينت إحدي الدراسات التي أجريت علي مجموعة من مدمني الهيروين الذين اختاروا عن قصد عدم الانضواء في برنامج علاجي كوسيلة للتوقف عن تعاطي الهيروين وإنما اختاروا أن يعملوا بأنفسهم علي رعاية الذات (علاج ذاتي) ؛ وقد تمثل ذلك في الانتقال من الحي أو الجيرة التي كانوا يعيشون فيها وحيث تعلموا الإدمان إلي حي آخر بعيد عن المثيرات والمتغيرات التي لازمت إدمانهم ؛ كما تمثل في فرض نوع من "المسافة الاجتماعية" social distance بينهم وبين أصدقاء السوء والبيئات التي مارسوا فيها سلوكيات التعاطي والإدمان. ومع ذلك يلاحظ في كل هذه المتغيرات أن القرار الشخصي في الاستمرار في التعاطي أو في التوقف عن التعاطي يمثل متغيرا حاسما في إدارة العمليات الإرشادية أو العلاجية أو التأهيلية لعلاج الإدمان (1) .

د - المنحي الثقافى Cultural Approach : ويركز علي العوامل الثقافية التي تشيع في جماعة من الجماعات وتمثل أسلوب حياة تلك الجماعة ؛ ولذا تؤكد التفسيرات الثقافية للتعاطي والإدمان أهمية دور الاتجاهات والمعتقدات والقيم السائدة في المجتمع .وتحدد دراسة مبكرة عن الفروق الثقافية في معدلات الإدمان الكحولي ثلاثة متغيرات ثقافية اجتماعية تؤثر في تلك المعدلات وهي : العوامل الدينامية أو الدرجة التي يصل إليها التوتر في المجتمع نتيجة لثقافته؛ والمعايير الثقافية المتعلقة بمواد العقاقير والمخدرات وسلوكيات التعاطي والإدمان؛ ثم إلي أي حد توفر ثقافة المجتمع أساليب بديلة للتعامل مع الضغوط (1) .

إن تعاطي بعض العقاقير قد ينطوي علي بعض المعتقدات التي يتشاركها أبناء المجتمع أو قطاعات كبيرة منه ، مثل شيوع تعاطي الكحوليات في المجتمعات الأوروبية والأمريكية وشيوع تعاطي الأفيون في الصين في القرن الماضي وتعاطي القات في اليمن؛ وكذلك تباين

بعض أنواع مواد العقاقير والمخدرات وأساليب التعاطي وفقا لتباين المستويات الاجتماعية الاقتصادية والثقافية؛ ففي "ثقافة الفقر" أو في "المناطق أو الأحياء المحرومة ثقافيا" قد تشيع أنواع ومستويات معينة من العقاقير والمخدرات؛ كما قد تتباين أنواع مواد العقاقير والمخدرات وأساليب وشدة تعاطيها وفقا لمتغيرات البيئة (ريف ، حضر ، صحراء، مناطق ساحلية، مناطق داخلية، مناطق صناعية، مناطق حارة، مناطق باردة الخ) ؛ كما تؤثر الظروف التاريخية التي تمر بها بعض المجتمعات مثل الحروب في زيادة معدلات شيوع التعاطي والإدمان .

وقد تُفسر أنماط معينة من التعاطي عند بعض الفئات الإثنية في المجتمع مثل الزنوج والهنود الأمريكيين ارتباطا بظاهرة "الحرمان الثقافي" cultural deprivation و "الاكتئاب الناتج عن الإحساس باللامعيارية في المجتمع" anomic depression عند هذه الفئات في المجتمع الأمريكي . ويحتل الزنوج الأمريكيون الذين لهم أصول تنتمي إلي جزيرة بورتوريكو أعلي معدلات التعاطي والإدمان بين الأمريكيين ؛ ويرتبط ذلك بعدد من المتلازمات الاجتماعية مثل انخفاض مستوي الدخل والمستوي التعليمي والحياة الأسرية المضطربة والمساكن المزدحمة (1) .

وقد تؤدي المتغيرات الإقليمية والدولية دورا في انتشار تعاطي العقاقير والمخدرات. فعلي سبيل المثال، ، قد حدث نتيجة للثورة الإيرانية أن انتقل تجار الهيروين من إيران إلي المناطق الشمالية من باكستان وكذلك إلي مناطق أخري من أفغانستان والهند وذلك في أواخر السبعينات، حاملين معهم تكنولوچياتهم في تصنيع الهيروين من الأفيون. وقد نتج عن ذلك انتاج وتوزيع كميات هائلة من الهيروين، الأمر الذي أدي بدوره إلي توفر الهيروين في معظم مناطق باكستان بسهولة وبسعر رخيص. ولذا فإنه بينما لم تكن في باكستان أية معدلات تذكر من مدمني الهيروين في منتصف السبعينيات، صار عدد المدمنين فيها أكثر من نصف مليون فرد (وقد تقدر في بعض الإحصاءات بحوالي 7..... فرد) في النصف الثاني من الثمانينيات. وتلك تقديرات متضمنة في دراسة الخبير الانجليزي "ميتشيل جوسوپ" الذي استعانت به لهذا الغرض "اللجنة الپاكستانية للحد من المخدرات " (" Pakistan Narcotics Control Board") والتي نشرت هذه الدراسة في إسلام أباد (1) .

وتشير مثل هذه الدراسات والتقارير إلي أن توفر مواد العقاقير والمخدرات في المجتمع أو في مواقع معينة وتيسرها وسهولة الحصول عليها، إنما تساعد علي انتشار معدلات التعاطي والإدمان وتزايدها في بعض الأحيان إلي حد الوباء الاجتماعي .

تعقيب (التكامل بين النظريات التفسيرية للتعاطى والإدمان)

لقد توفر إزاء ظاهرة التعاطي والإدمان هكذا فيض من النظريات والنماذج النظرية والمفاهيم التفسيرية التي أخذت مناحٍ وآفاقا متعددة سواء من حيث التنظير أو البحث أو التطبيق ؛ وتلك نتيجة متوقعة بقدر تعقد وتعدد وتشابك العوامل والعمليات والنواتج التي تحدد طبيعة التعاطي والإدمان، الأمر الذي لا تثار معه قضايا تتعلق بتفضيل نظرية علي أخري أو التركيز علي نظرية أو بعض النظريات وإغفال ما عداها .

ولهذا يستخدم " دوويكو " في دراسة خاصة عن المفاهيم والتفسيرات النظرية للإعتماد أو الإدمان مصطلحا ذا مغزي في هذا الشأن وهو "المسار المشترك النهائي" final common pathway ليؤكد فيه أن كل نظرية من نظريات الإدمان إنما تتضمن عنصرا من الحقيقة والفعالية، وينبغي لذلك أن تكون موضع اعتبار فيما يطرح من تفسيرات وتحليلات لتلك الظاهرة المعقدة والمتعددة الأبعاد والتي تنتمي إلي أنظمة علمية متنوعة (1). ومن هنا فإن المنحي التكاملي الذي يفيد وظيفيا من كل ما تقدمه النظريات ونتائج البحوث من إسهامات متنوعة هو الأسلوب الأمثل في فهم وتفسير التعاطي والإدمان وتضميناته في استراتيچيات وأساليب وإجراءات التدخل الوقائي والإرشادي والعلاجي .

ولكن قد يبدو في بعض الأحيان أن الواقع يغاير المتوقع؛ فرغم أنه من المتوقع أن يقر الإختصاصيون والباحثون بضرورة اعتبار المتغيرات المختلفة البيولوچية والنفسية والاجتماعية والثقافية في التعامل مع التعاطي والإدمان تشخيصا ووقاية وعلاجا، إلا أن البعض منهم قد يتناول الظاهرة من منظور ضيق يقتصر علي نظام علمي معين؛ وقد يكون هذا مطلبا ضروريا من منظور التخصص ولكن التعميم من خلال هذا المنظور فحسب قد يوقع المهتمين بهذا الميدان في مشكلة " الاختزالية " أو التبسيط الزائد للظاهرة وما لذلك من انعكاسات علي مدي فعالية وجدوي برامج وفنيات التدخل الوقائي والإرشادي والعلاجي .

لقد تحقق الكثير من التقدم العلمي في هذا الميدان بقدر خطورة وتنامي مشكلات سوء استخدام العقاقير والمخدرات التي صارت تهدد المجتمع الإنساني برمته؛ ومع ذلك فثمة تساؤلات لا تزال بحاجة إلي المزيد من الجهود العلمية : فماذا عن بداية التعاطي والتعاطي المبكر؟ وماذا عن الخطوات أو المراحل التي يمر بها الفرد من استكشاف مادة التعاطي، إلي التعاطي المنتظم، إلي الاعتماد؟ وماذا عن بقاء الاعتماد علي العقار أو المخدر واستمراره؟ وماذا عن اختلاف الدافعية وكذلك السلوكيات المرتبطة بالتعاطي وذلك من مرحلة إلي أخري من تطور عملية الإدمان؟ وماذا عن صعوبة تقسيم الناس إلي أشخاص يوسمون بسوء الاستخدام drug abusers وآخرون يوصفون بعدم سوء الاستخدام non-drug-abusers ؟ فعلي سبيل المثال، قد يتعاطي بعض الأشخاص عقاقير أو مخدرات بشكل كثيف ومشوب بالمشكلات المرتبطة بالتعاطي وذلك لفترة من الزمن ولكنهم يتخلون بعد ذلك عن الاستمرار في هذا الطريق المهلك ويستعيدون حياتهم الطبيعية. وقد يستخدم

بعض الأشخاص عقاقير محظورة (كالهيروين مثلا) بشكل متقطع أو حتي أسبوعي ولكنهم لا يشكلون ما نعرفه بالاعتماد ؟ ... تلك تساؤلات وغيرها نثيرها لتكون كذلك موضوعا للتنظير والبحث والتطبيق .. واعتبارا لكل ما تحقق من جهود وإسهامات علمية متنوعة ، ولما هو مطروح ومثار كذلك من تساؤل أو غموض عن ظاهرة الإدمان بدليل استمرارها وتصاعد حدتها ؛ فإن التوجهات التي تعتمد علي المنحي التكاملي في هذا الميدان لهي ذات جدوي. ولكي يبقي السؤال : ما هي الصيغة التي يأخذها التكامل بين نظريات الإدمان؟ وفي ذلك يفترض " شيليت وجومبرج " (1991) ثلاثة توجهات للنظريات التكاملية integrative theories للإدمان نستعرضها فيما يلي (1) :

النظريات أحادية النظام One-Discipline Theories :

وهي النظريات التي تنتظم في نسق نظام علمي واحد، وحيث تتناول ظاهرة كالإدمان داخل هذا الإطار التصوري وفقا لنظام من المبادئ والمفاهيم والعلاقات في تكامل ووحدة، وللحدود المفترضة لهذا النظام والتي تحدد "نوعية" ما تتناوله النظرية من قضايا ومشكلات وما ينشأ علي أساسها من أساليب وطرق عملية وتطبيقية وما تأخذه من آفاق ووجهات للبحث .

إن النظريات ذات النظام الواحد هي نظريات متكاملة من داخلها في نسق إطارها التصوري؛ ولذا فإن ما تطرحه من تصورات ومفاهيم وما تصل إليه بحوثها وتطبيقاتها من نتائج وفوائد يكون مفهوما داخل هذا الإطار ومحكوما بحدوده .

وتمثل نظريات التحليل النفسي ، علي سبيل المثال ، نموذجا تقليديا للنظريات أحادية النظام في تفسير الإدمان : "فإدمان العقاقير يكون متجذرا في الاعتماد الفمي oral dependence علي إمدادات خارجية ... أما كل المعالم الأخري للإدمان فهي ثانوية أو عارضة" . ويتصف الأشخاص المدمنون للكحوليات بنمط " شخصيتهم الفمية والترجسية المميزة لهم قبل مرضهم" oral and narcissistic pre-morbid personality ، وهو نمط يتشكل إنعكاسا للظروف الأسرية المضطربة في الطفولة (1) .

أما في الوقت الحالي، فمن المحتمل أن تكون النظريات أحادية النظام نظريات بيولوچية أو وراثية أو كليهما. يذهب "جودوين" إلي أن النظريات متعددة العوامل توجد لأنه " يوجد ثمة اتفاق غير مكتوب بين العلماء بأنه ما دام يوجد اختصاصيون من خلفيات متنوعة يدرسون الإدمان الكحولي، فإن الإدمان الكحولي ينبغي أن تكون له أصول متنوعة، وأن البيانات المتوفرة عن الأسباب المتعددة للإدمان الكحولي ليست أفضل أو أسوأ من البيانات عن سبب واحد، "ومن يدري؟ فربما يكون للإدمان الكحولي مصدر واحد .. " (2) . ويذهب علماء آخرون إلي أن مصدر "الشفاء من الإدمان يكمن في بيولوچيا الخلايا والجزيئياتmolecular and cell biology ، وإلي أن استثمار البحوث في هذه المجالات سوف يمكننا من " استعادة خلايا المخ إلي حالتها الأصلية ومن إزالة حالة اللهفة أو التوق التى تجعل المتعاطي بشكل مستمر ضحية تلك الحالة " (1) .

إن هذا المنحي من النظريات أحادية النظام يتوجه إلي أن يكون تكامليا داخل نظامها ، أي " داخل " نظام البيولوچيا أو السلوك أو الثقافة؛ وقد تلاحظ في إطار هذا المنحي بحوث طبية بيولوچية تتكلم عن بحث " متعدد النظم " يتضمن في داخله علوم الوراثة والأعصاب والكيمياء الحيوية والبيولوچيا الجزيئية . وقد يلاحظ أيضا في داخل النظرية النفسية تكامل بين بعض النظريات ومبادئها داخل النظام الواحد .

نظريات النظامين Two - Discipline Theories :

وتتمثل في وحدة نظامين نظريين مع بعضهما مثل إئتلاف البيولوچيا والوراثة مع علم النفس ، أو مع العوامل الاجتماعية الثقافية، أو إئتلاف علم النفس مع العوامل الاجتماعية الثقافية . ومن نماذج هذا المنحي التكامل بين العوامل النفسية والعوامل الاجتماعية الثقافية ، "فثمة تفاعل بين الموضوع - ظروف التعاطي وبين الذات - وهم أولئك الأشخاص الذين يستجيبون لمادة التعاطي" (2) . ومن هذه النماذج أيضا تلك النظريات التي تكامل بين البيولوچيا/الوراثة والعوامل الاجتماعية الثقافية .. "فهناك عدد من الأنماط المختلفة للاستعداد أو الاستهداف الوراثي تتفاعل مع العوامل الثقافية والاجتماعية، مثل توفر مواد العقار والمخدرات وتيسر الحصول عليها، فضلا عن الاتجاهات نحو التعاطي (1) .

نظريات النظم الثلاثة Three- Discipline Theories :

قد يعزي هذا المنحي إلي عالم الاجتماع " شتراوس " الذي يري أنه قد حان الوقت للأخذ بمنحي " البحث البيولوچي-السلوكي القائم علي العلمية البينية " interdisciplinary biobehavioral research - وذلك مفهوم يركز علي الحاجة إلي التفكير في مشكلات التعاطي والإدمان علي أساس من التكامل بين العلوم البيولوچية والسلوكية (2) . وفي ذلك، يقدم بعض علماء النفس نموذجا للنظريات ذات النظم الثلاثة لتفسير طبيعة الإدمان وأسبابه علي أساس أنه " عملية بيولوچية - نفسية - اجتماعية " ("biopsychosocial process") تتفاعل فيها العوامل المختلفة ؛ ويكون الإدمان هكذا محصلة تلك العوامل مجتمعة (1) .

ويثير كل هذا التعدد في المفاهيم والتفسيرات التي تطرحها النظريات والنماذج النظرية المختلفة في تفسير ظاهرة التعاطي والإدمان قضية أساسية في هذا الشأن وهي أن الموقف النظري ، الصريح والضمني، للإختصاصي الكلينيكي يؤدي دورا مؤثرا هاما في توجهات وأساليب التشخيص . فبقدر ما توجد عوامل وأسباب عديدة لظاهرة التعاطي والإدمان ، فإن إغفال بعض العوامل أو الأسباب، أو القصور في أدوات وعمليات القياس والتشخيص إنما ينعكس علي فاعلية التدخل الوقائي والإرشادي والعلاجي .